

Causas y costes asociados a la inadecuación de ingresos y estancias hospitalarias

Soria Aledo V, Carrillo Alcaraz A, Campillo Soto Á, Flores Pastor B, Fernández Marín MP, Hernández Ferrandis MC, Jerónimo A, Leal Llopis J, Carrasco Prats M, Aguayo Albasini JL
Hospital Morales Meseguer

Introducción

El incremento del gasto sanitario se ha convertido en un importante motivo de preocupación en nuestro entorno. Los recursos utilizados debido a la prolongación de las estancias hospitalarias constituyen uno de los componentes sobre los que se puede actuar en la actualidad. La finalidad de la disminución de los ingresos y estancias inadecuadas es:

- La reducción de costes, a través de una reducción del uso innecesario de la hospitalización.
- La mejora de la calidad de la asistencia mediante la reducción de procedimientos inapropiados, enfermedades iatrogénicas e infecciones nosocomiales.
- Facilitar la accesibilidad a la asistencia, reservando los cuidados hospitalarios para quienes realmente los necesitan.

De entre todos los instrumentos utilizados para el estudio de la adecuación hospitalaria, el más conocido y utilizado de los instrumentos diagnóstico-independientes es el *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) de Gertman y Restuccia (1981), consistente en dos conjuntos de criterios, objetivos e independientes del diagnóstico, destinados a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas. El AEP incluye también una lista de posibles

motivos para las admisiones o estancias innecesarias que permite categorizar las causas del uso inapropiado hallado en cada estudio, aspecto de extraordinaria utilidad para el diseño de intervenciones para su disminución. El AEP, desarrollado mediante una ayuda de la *Health Care Financing Administration* (HCFA) de Estados Unidos, es un instrumento de dominio público y ha sido objeto de varias evaluaciones independientes mostrando una validez y fiabilidad alta.

En general, los valores de utilización hospitalaria inadecuada que se presentan en los estudios publicados realizados en España oscilan entre 15-30% para los ingresos, y algo mayor, entre el 30-40% de inadecuación de las estancias. En nuestro entorno, la aplicación más evidente pero no más frecuente del AEP es el diseño de intervenciones para la reducción del uso inapropiado.

El objetivo de nuestro trabajo es el estudio de la inadecuación de ingresos y estancias en todo el hospital utilizando el protocolo AEP durante el año 2005, así como la identificación de las causas responsables de dicha inadecuación.

Material y métodos

El Hospital Morales Meseguer de Murcia es un Hospital General Universitario de adultos que atiende a una

población de 320.000 habitantes y cuenta con 426 camas de hospitalización convencional, 28 camas del Hospital de Día Quirúrgico y 15 camas del Hospital de Día Médico.

Diseño del estudio

Se ha realizado un estudio descriptivo y retrospectivo en dos fases. La primera, que es el objetivo de este trabajo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes ingresados durante el año 2005. En la segunda se valorará la influencia de las medidas de intervención adoptadas para disminuir el número de inadecuaciones en el hospital. El tamaño muestral para ingresos inadecuados se realizó con la presunción de que si el porcentaje de estancias inadecuadas es del 30% y con medidas de intervención se produciría una disminución de un 10%, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,10 en un contraste bilateral. De esta forma se precisan 725 sujetos para detectar la diferencia estimada. Para el estudio de inadecuación de estancias se analizan dos estancias, elegidas mediante aleatorización simple, de cada una de las historias extraídas para valorar la adecuación del ingreso.

Se han seleccionado 725 historias clínicas con una distribución proporcional al número de ingresos por servicio médico. Se ha aplicado el protocolo de inadecuación de ingreso a las 725 historias y el protocolo de inadecuación de estancia a 1.350 estancias.

La obtención de la muestra a estudio, tanto de las historias clínicas como de las estancias a analizar, se realiza con una aleatorización simple, mediante la generación de una tabla de números pseudoaleatorios por ordenador. La muestra se obtiene de los archivos de historias clínicas del hospital. Se realiza una ponderación en la selección

del número de historias a estudiar en cada uno de los servicios. Teniendo en cuenta que durante el año 2005 fueron ingresados 10.534 pacientes en el Hospital Morales Meseguer con una estancia igual o superior a 2 días. De ellos, 3.111 (29,5%) lo fueron en Medicina interna, 1.078 (10,2%) en Cardiología, 485 (4,6%) en Infecciosas, 843 (8,0%) en Hematología, 480 (4,6%) en Neurología, 1.820 (17,3%) en Cirugía digestiva, 1.820 (10,5%) en Traumatología, 372 (3,5%) en Neumología, 391 (3,7%) en Digestivo, 61 (0,6%) en Reumatología, 84 en Oftalmología (0,8%), 168 en ORL (1,6%), 484 en Urología (4,6%) y 51 en Endocrinología (0,5%).

Para la identificación del uso inapropiado se ha utilizado la versión en castellano modificada tras solicitar la autorización a la Fundación Avedis Donabedian.

Para la aplicación del AEP se han seleccionado tres evaluadores: un médico interno residente y dos enfermeras de planta con experiencia en el manejo de historia clínica en papel y la versión electrónica. Para valorar la concordancia entre los observadores, se realizó un pilotaje de las primeras 37 historias, evaluando 37 ingresos y 68 estancias.

Estudio estadístico

Las variables cuantitativas se expresan como media + desviación estándar, y las cualitativas como porcentajes. La comparación entre variables cualitativas se realiza mediante la prueba Ji² o el test exacto de Fisher. La comparación entre una variable cualitativa y una cuantitativa mediante test *t* de *student* o ANOVA de un factor. Todos los análisis se realizan mediante contraste bilateral y el valor *p* será considerado significativo si es menor de 0,05. Las variables que en el análisis

univariante muestran un nivel de significación menor de 0,05 serán introducidos en un modelo multivariante mediante regresión logística para analizar factores de riesgo independiente para ingreso y estancia inadecuada.

Estudio de costes

Utilizando el servicio de contabilidad analítica de nuestro hospital, se ha calculado el coste de cada estancia inadecuada de los pacientes de la muestra. Teniendo en cuenta el porcentaje de inadecuación de cada servicio médico y el coste medio de hospitalización, hemos extrapolado estos datos para calcular el coste aproximado que ha supuesto la inadecuación de estancias en nuestro hospital en el año 2005.

Resultados

Adecuación de ingresos y estancias

Se han considerado ingresos adecuados el 92,6% e inadecuados el 7,4%. Con respecto a las estancias, se han considerado estancias adecuadas el 75,4% e inadecuadas el 24,6%.

Las causas identificadas con más frecuencia responsables de la inadecuación de los ingresos son: las "pruebas diagnósticas y/o tratamientos que pueden realizarse en consultas externas" con un 83,3% y "el paciente requiere institucionalización pero no en un hospital de agudos" con un 11,2%.

Las causas identificadas con más frecuencia responsables de la inadecuación de las estancias son: "procedimiento diagnóstico o terapéutico necesario que puede realizarse como paciente externo" con un 57,3% y el "paciente pendiente de resultados de pruebas o interconsultas para la toma de decisiones" con un 47,6%.

Variables relacionadas con la inadecuación de ingreso

Comparando servicios médicos y quirúrgicos, la inadecuación de ingreso de los servicios médicos es del 10,9% y la de los servicios quirúrgicos del 1,3% ($p < 0,001$). Hay también diferencias significativas entre los diferentes servicios clínicos. Así, hay servicios como Neurología con una inadecuación del 24,4% o Cardiología 14,8% frente a otros como Cirugía u Otorrinolaringología con 0% de inadecuación.

No hay diferencias estadísticamente significativas comparando la inadecuación de ingreso entre los distintos meses del año o entre los días de la semana.

Con respecto a la edad y el sexo, los pacientes con mayor edad tienen menos inadecuación de ingreso que los más jóvenes ($p = 0,01$). No hay diferencias significativas comparando los resultados de inadecuación de ingreso según el género (hombre/mujer). Los ingresos urgentes tuvieron una inadecuación algo mayor (7,9%) que los programados (5,6%) con $p = 0,346$.

En el estudio multivariante han demostrado ser factores independientes con efecto sobre la inadecuación del ingreso: el GRD de enfermedad ocular, el tipo de servicio médico vs. quirúrgico y los pacientes más jóvenes.

Variables relacionadas con la inadecuación de estancias

El servicio médico con mayor inadecuación de estancias es Cardiología con un 48,3% seguido de otras médicas 39,8%, Traumatología 27%, Medicina interna 23,4%, Infecciosas 17,5%, Cirugía general 13,0%, otras quirúrgicas 13,0% y Hematología 4,9% ($p < 0,001$).

Los pacientes quirúrgicos tuvieron un porcentaje de inadecuación de estancia del 18,1% y los médicos del 28,3% ($p < 0,001$).

Los pacientes "periféricos" tuvieron una inadecuación del 29,7% y los no periféricos del 21,8% ($p = 0,001$).

Con respecto al género del paciente hubo más inadecuación en las mujeres, 26,1% frente a los hombres, 23,6% sin diferencias significativas. El ingreso urgente ha tenido un 25,8% de inadecuación frente al programado, 19,7% con una $p = 0,037$.

Con respecto a la edad los pacientes más jóvenes tienen más probabilidad de tener estancia inadecuada que los de mayor edad ($p = 0,030$).

Los pacientes con ingreso inadecuado tuvieron un porcentaje de inadecuación de estancia del 74,3% y aquellos con ingreso adecuado tuvieron inadecuación de estancia en un 20,7% ($p < 0,001$).

Existe una mayor adecuación de las estancias cuando el índice de ocupación de camas del hospital es mayor ($85,5\% \pm 6,6\%$ versus $84,5\% \pm 6,5\%$; $p = 0,010$).

En el estudio multivariante han resultado factores independientes que favorecen estancia inadecuada: ingreso a cargo de Cardiología, ingreso a cargo de Digestivo, GRD Médico vs. Quirúrgico, GRD de enfermedad del SNC y el

ingreso inadecuado. Han resultado factores independientes con menor número de estancias inadecuadas: ingreso a cargo de Hematología y diagnóstico de enfermedad respiratoria.

Coste de la inadecuación

El coste de los días considerados inadecuados en la muestra estudiada, considerando el coste medio por paciente, servicio clínico responsable y día ha sido de 147.044 €.

Extrapolando los resultados obtenidos al porcentaje de inadecuación de cada servicio clínico sobre el total de ingresos y estancias hospitalarias, hemos calculado el coste aproximado mínimo de los ingresos y estancias inapropiadas en el 2005 por servicio y global del hospital que supondría 2.125.638 €.

Conclusiones

Como conclusiones del trabajo, podemos decir que un porcentaje importante de estancias son inadecuadas según la aplicación del AEP. A la luz de estos datos se deben implantar medidas que disminuyan la inadecuación con el objeto de disminuir el gasto sanitario y sobre todo para utilizar los recursos de un hospital de agudos para los pacientes que realmente lo necesitan, ya que el estudio de la inadecuación de utilización hospitalaria sin el objetivo de mejorar la inadecuación carecería de sentido.

Modelo de cogestión médico-enfermería en el Área Digestivo Arrixaca. Un cambio organizacional

López Martínez P, Carballo Álvarez F, García Jiménez C, Ferrer Bas P, Navarro Egea AP, Hellín Monasterio J

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Introducción

La gestión integrada médico-enfermera de los procesos requiere no solo formación genérica, sino también especializada de los procesos concretos, tanto en la división de Enfermería como en la médica. Requiere, sobre todo, una actividad clínica bien planificada y dirigida de forma conjunta sin supeditar una división de otra, sino haciéndose eje conjunto al servicio al paciente.

El modelo de cogestión es una estructura funcional estable y reconocida, caracterizada por la coordinación interna de las actividades médicas y de Enfermería desarrolladas en el ámbito de la atención sanitaria de los pacientes con enfermedades digestivas.

Las ventajas de la implantación de gestión por procesos en las organizaciones de Enfermería son las siguientes:

- Aprovecha la experiencia acumulada en el manejo metodológico del PAE, pero incorpora la gestión estratégica como avance para mejorar la calidad del proceso enfermero.
- Incorpora la "gestión clínica" a la práctica habitual.
- El mapa de procesos enfermeros en atención primaria y especializada, va a constituir la base para poder estabilizar, controlar y evaluar la práctica enfermera.
- La gestión por procesos aplicada a Enfermería, es la mejor referencia para mejorar las expectativas de pacientes y profesionales.
- Un buen método para progresar en la práctica enfermera basada en la evidencia.
- Se considera al paciente el centro de la asistencia.
- Se refleja mejor el desempeño de la organización de Enfermería.
- Se crean aportaciones para mejorar el conocimiento.
- Se genera un sistema experto, donde se mide lo que se hace.
- Facilita la gestión de la calidad, incorporando oportunidades de mejora.
- Se minimiza el riesgo en la responsabilidad civil, penal y patrimonial.

Misión: ofrecer a nuestros usuarios servicios sanitarios de alta calidad, especializados en las enfermedades digestivas, acordes con los intereses de nuestros usuarios y ejecutados de forma eficiente.

Visión: ser referencia en cuanto a efectividad y eficiencia en la asistencia sanitaria, alcanzando niveles altamente competitivos en la investigación, integrando nuestra actividad en

un marco de plena identificación con objetivos definidos por la sociedad a la que servimos.

Material y métodos

Nuevo concepto de servicio de medicina del aparato digestivo, en base a nuestro proyecto de gestión, con la incorporación como novedad de la supervisión de área, que junto con el jefe de servicio, son los responsables de la gestión o dirección compartida:

Dirección compartida – Área Digestivo Arrixaca:

- Jefatura médica.
- (Jefe de servicio) jefatura de Enfermería.
- (Supervisora Área Digestivo).
- Planificación, desarrollo y evaluación.
- Apoyo administrativo.
- Actividad clínica médica / usuarios de la atención sanitaria / actividad clínica enfermera.
- Procesos integrados, estructuras coordinadas.
- División médica / división de Enfermería.
- Gestión clínica compartida.
- Basándose en poder llevar a cabo la gestión por procesos, es prioritario definir la estrategia para su consecución.

Estrategia:

- Definir y ampliar la cartera de servicios.

- Reorganización de los espacios en el Área:

- Unidad de Endoscopias.
- Unidad de Ecografía y Pruebas Funcionales.
- Unidad de Consultas Externas Hospitalaria y Extrahospitalaria.
- Unidad de Hospitalización.

- Gestión y optimización de los recursos.

- Diseño y realización de procedimientos, documentos, circuitos, protocolos e instrucciones, asegurando que los pasos del proceso estén en consonancia con los recursos técnicos y humanos.

- Creación de áreas de conocimiento:

- Unidad de Hepatología.
- Unidad de EII.
- Unidad de Intestino.
- Unidad de Gestión/Administración.
- Unidad de Evaluación.
- Unidad de Investigación y Ensayos Clínicos.

Resultados

Para poner en marcha el proyecto de dirección compartida nos hemos encontrado con las dificultades de la eventual asignación de recursos por debajo de las necesidades reales que exige el proyecto y la no asunción plena por parte de directivos y profesionales de que el hospital, y en consecuencia, el área de Digestivo, es una